

ВОЗМОЖНОСТИ СОНОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ПЕРЕДНИХ БЛОКИРОВАННЫХ ВЫВИХОВ ПЛЕЧА

Аскерко Э.А., Дитто Д.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Введение. Сонографическое исследование по мнению ряда авторов [1,3] может обеспечить раннюю достоверную информацию о патологических изменениях в плечевом суставе показывая его высокую информативность до 94% и указывают, что сонография является совершенной в оценке мягкотканой и костной патологии. Другие ограничивают применение сонографии только повреждением мягких тканей (сухожилий коротких ротаторов плеча, длиной головки двуглавой мышцы плеча, капсулы сустава и т.д. [2,4] или их заболеванием (тендиноз ротаторов).

Цель исследования: изучить возможности сонографии для диагностики передних блокированных вывихов плеча.

Материал и методы. Клиника травматологии и ортопедии УО «Витебский государственный медицинский университет» располагает опытом сонографического исследования 11 больных (48 сонограмм) с передним блокированным вывихом плеча (БВП).

Сонографию ПС производили всем больным в положении сидя со свободно свисающей верхней конечностью при помощи сканера «FUKUDA-2000», «ULTRAMARK-9», «Medison Digital Sonoace 5500» и «Voluson V730 Kretz» в стандартных плоскостях, применяли линейные датчики 5,0, 7,5 и 10,0 МГц, с фокусировкой 2,0 – 5,0 см. В корональной и аксиальной плоскостях звучали эхосигнал от костных структур сустава – головки плечевой кости, суставной впадины лопатки, их взаиморасположение.

В косой корональной проекции учитывали наличие или отсутствие тени сухожилий коротких ротаторов плеча в проекции сканирования и у места прикрепления, ее истончение, усиление эхоплотности. При выполнении пассивных движений в плечевом суставе (ПС) (функциональная сонография) исследовали наличие подвижности сухожилий надостной, подостной, малой круглой и подлопаточной мышц. Дополнительно сканировали и регистрировали величину субакромиального пространства (ВСП) в аксиальной проекции. Во всех случаях проводили сравнительное обследование обоих плечевых суставов. Результаты исследований фиксировали при помощи фотопритера и видеозаписи.

Результаты и обсуждение. Сонография абсолютно точно отображала расположение головки плеча вне суставной впадины лопатки по наличию костных контуров суставной впадины.

При сонографическом исследовании больных с передним БВП (нахождение головки плеча в переднем отделе сустава) мы визуализировали наличие эхоплотных теней в проекции сканирования. В некоторых случаях при исследовании парагленоидальных мягких тканей отмечали неровность контуров, что было обусловлено повреждением хрящевой губы. По мере накопления опыта применения сонографии у больных передним БВП мы убедились в относительности получаемой информации. Поэтому в последующем от сонографического обследования этого региона ПС отказались, и пришли к заключению, что магнитно-резонансное исследование абсолютно достоверно и информативно в 100% случаев.

При выполнении сонографии у больных с сопутствующим повреждением сухожилий коротких ротаторов плеча определялись признаки патологии, которые выявляли по отсутствию эхотени или контакта сухожилия надостной мышцы с большим бугорком плечевой кости. При сонографии такие абсолютные признаки как отсутствие визуализации тени сухожилия надостной мышцы и отсутствие полного контакта дистального конца ротаторов с большим бугорком плеча вследствие ретракции надостной мышцы были выявлены в 100% случаев.

Величину субакромиального пространства определяли по сонограммам в аксиальной проекции. Проведенные исследования показали, что ВСП в бессимптомном ПС отличается вариабельностью и не может служить самостоятельным критерием. Так ВСП находилась в диапазоне от 0,44 см до 1,3 см. Однако, более объективную информацию дает сравнительная сонография. Это объясняется тем, что при вывихе создается дислокация головки плечевой кости с образованием нижней децентрации и соответственно увеличивается ВСП.

При функциональной сонографии у данной группы больных отмечали отсутствие подвижности сухожилий коротких ротаторов плеча и незначительные вращательные движения головки плечевой кости, а с увеличением количества предшествующих вывихов и давности патологии (более 5 нед.) уменьшалась подвижность головки плеча, что было обусловлено возникновением приводящее-ротационной контрактуры плеча, а в дальнейшем замороженного плеча.

Выводы

1. Сонография достоверна для диагностики передних блокированных вывихов плеча, позволяющая в 100% случаев выявить абсо-

лютные признаки повреждения в виде отсутствия головки плеча в суставной впадине лопатки.

2. Сонография обладает абсолютной специфичностью для предоперационного планирования оперативного доступа и выполнения восстановления или тонизации коротких ротаторов плеча.

Литература:

1. Современная ультразвуковая диагностика в травматологии / А.В. Зубарев, А.П. Николаев, И.В. Долгова, Н.Ф. Лазарев // Медицинская визуализация -1999 -№ 1. - С 11-20
2. Allen G.M., Wilson D.J. Ultrasound of the shoulder // Eur. J. Ultrasound - 2001.- Vol.14, №1. -P. 3-9
3. Sonographic study of painful shoulder / A. Iagnocco, G. Coari, A. Leone, G. Valesini // Clin. Exp. Rheumatol - 2003.- Vol.21, №3. -P. 355-358
4. Van-Moppes F I., Veldkamp O., Roorda J. Role of shoulder ultrasonography in the evaluation of the painful shoulder // Eur. J. Radiol -1995.-Vol 19, №2 -P. 142-146